

# LAVAL MÉDICAL

VOL. 4

N° 5

MAI 1939

## MÉMOIRES ORIGINAUX

---

### CENT VINGT-HUIT PROSTATECTOMIES EN UN TEMPS

(Avantages d'une collaboration médico-chirurgicale)

par

André SIMARD

*Chef de clinique à l'Hôtel-Dieu*

---

Le travail que je vous présente maintenant, n'est que la continuation d'un exposé que je vous ai fait ici, il y a deux ans. (1)

A ce moment j'avais réuni soixante cas de prostatectomies en un temps, sans avoir eu à déplorer une mort. Aujourd'hui la liste s'est allongée, et nous sommes rendu à cent-vingt huit cas opérés depuis la fin de 1931.

Je dois ajouter que, malgré l'amélioration de notre technique, nous déplorons aujourd'hui deux morts.

Permettez-moi d'expliquer d'abord ces deux accidents.

---

1. Considérations sur les suites opératoires des prostatectomisés. *Laval Médical*. 2 : 4 ; 118, (avril) 1937.

Le premier, qui par hasard était le centième opéré, nous a semblé, à son arrivée, un risque parfait. Après un séjour suffisamment prolongé avec une sonde à demeure, pour rendre son azotémie normale, nous l'avons opéré avec la même méthode que les autres. Malheureusement, la valeur de son muscle cardiaque n'avait pas été contrôlée avant l'intervention, et il est tout probable que nous ne l'aurions pas opéré si nous avions constaté l'état de sa myocardite. Trois jours après l'intervention, il est mort de collapsus cardiaque sans phénomènes d'insuffisance rénale, ni d'intoxication.

Le second, qui ne présentait aucune insuffisance, si ce n'est un passé d'alcoolique, est mort en état d'anurie, après huit jours. Les phénomènes d'intoxication et d'insuffisance rénale n'apparurent que le cinquième jour après l'intervention. Ce qui à l'avenir, nous obligera à faire, en plus des autres examens, soit un Ambard, soit une épreuve à la sulfonephénolphtaléine.

Après cette confession, il nous fait plaisir d'exposer les méthodes par lesquelles nous sommes arrivé à réduire la mortalité à 1.3%.

La première chose que nous considérerons chez un prostatique, c'est l'indication opératoire. Nous l'avons divisé en six chapitres.

1.— Il faut choisir son malade le plus jeune possible, quoiqu'il soit toujours vieux, et pratiquement dans la seconde période de rétention sans distension, si ce n'est dans la troisième, de rétention avec distension.

2.— Recherche de l'azotémie. Elle est ordinairement au-dessus de la normale. Nous avons vu jusqu'à un gramme quatre-vingt dans le sang, ce qui n'est pas d'ailleurs une contre-indication du drainage à la sonde à demeure. Cette dernière azotémie, nous l'avons descendue à 0 gr. 45, en trois semaines.

Dans la règle ordinaire, une azotémie de 0 gr. 60 ou 0 gr. 70, tombe à 0 gr. 25 ou 0 gr. 35 dans 6 à 8 jours, en établissant un drainage rigoureux et de chaque instant, pourvu qu'on fasse ingérer de grandes quantités de liquides. Je dois ajouter qu'avec cette méthode, nous n'avons pas rencontré d'azotémies rebelles.

Dans d'autres centres, on la ramène plus rapidement à la normale avec une cystostomie qui permet au malade de circuler ; mais on doit ajouter que cette méthode favorise aussi les embolies.

En pratique, nous n'avons jamais opéré un malade présentant une azotémie supérieure à 0 gr. 60.

3.— L'indication la plus importante et qui n'est pas du ressort du chirurgien, c'est la valeur du muscle cardiaque.

Depuis bien longtemps, nous nous sommes toujours adjoint un médecin qui a suivi l'opéré avec nous, durant toute sa maladie. C'est à lui de déterminer la résistance du myocarde à l'effort, car l'intervention, quoique très courte, surtaxe sa contractilité.

Les seules difficultés sérieuses rencontrées avec nos malades ont été d'ordre cardiaque.

Il ne faut pas oublier qu'au moment de l'opération, avant que le malade ait été saigné, la pression qui est en moyenne à 160, monte subitement à 230 ou 250, retombe aussi vite vers 150, aussitôt que le malade a perdu une certaine quantité de sang.

Il est donc maintenant établi que la résistance du myocarde est le point capital de l'indication opératoire. C'est le coefficient essentiel.

4.— L'examen d'urine posera encore un problème qu'il faudra solutionner. L'importance de cet examen réside dans la recherche de l'albuminurie essentielle due à une néphrite, et de la glycosurie due au diabète.

La néphrite, qui est la plupart du temps causée par la pression ascendante d'une vessie qui ne se vide pas, prendra le second plan, dès l'établissement du drainage. Notre second mort relève de cette pathogénie.

Si l'on trouve de l'albumine qui n'est pas due aux hémorragies provoquées par les sondages ou aux congestions prostatiques, il est alors important de faire les recherches d'élimination. Le diabète, lui, est évidemment une contre-indication formelle.

5.— La pression artérielle n'est pas une contre-indication si elle n'est pas trop haute, pourvu que le malade ne soit pas en état d'athéromatose avancée.

Les prostatiques qui ont des vaisseaux durs et béants saigneront sûrement plus longtemps, et l'hémostase, dans cette région, sera toujours difficile et douloureuse.

Comme Papin, nous n'avons cependant jamais eu à tamponner la loge prostatique. Nous employons une petite méthode qui nous a donné d'excellents résultats : irriguer la vessie avec cinq litres d'eau à 125°, aussitôt la prostatectomie effectuée.

On remarque à ce moment, si l'on plonge son doigt dans la loge vide, une contraction, augure d'une hémostase qui n'entraînera pas d'accidents.

6.— Une dernière indication précisée par le médecin : l'état du poumon. Il faut traiter une bronchite ou un emphysème avant d'exposer le malade à une anesthésie et à un séjour prolongé au lit.

Si le résultat de tous ces examens est satisfaisant, nous préparons le malade pour l'intervention.

Cette préparation se divise en quatre données :

1.— Drainer les reins sans obstacles, ce qui veut dire la sonde à demeure, jusqu'à ce que l'azotémie ait baissé à un niveau acceptable, ou que l'infection ait de beaucoup diminué.

2.— Traitement médical : hypotenseurs toni-cardiaques, et désinfectants des bronches.

3.— Fournir des matières coagulantes au malade : le chlorure de calcium à 4 grammes par jour pendant trois jours nous a semblé donner les meilleurs résultats. Des piqûres de coaguline ou d'antéma seront cependant données judicieusement, car nous avons observé qu'une trop grande quantité de ces médications apportait un effet tout à fait contraire au but que nous voulions atteindre. Deux malades ont saigné considérablement avant que nous nous rendions compte de cet inconvénient.

4.— Augmenter chez le malade la réserve de chlorure de sodium et la masse liquide du sang.

La médication qui consiste à saturer le malade avec de la saumure, est dirigée contre les polypeptides et les résorptions d'éléments morts, qui sont importants dans la prostatectomie sus-pubienne.

L'ingurgitation d'une grande quantité d'eau obvie à la perte de sang qui n'est pas contrôlable dans ces interventions. Les malades sont de cette façon moins assoiffés, et passent une journée moins pénible.

Ayant été soumis à cette préparation dont les principes doivent être rigoureusement observés, le malade se trouve dans un état optimum pour l'intervention chirurgicale.

Je ne dirai que quelques mots sur le procédé d'anesthésie qui a d'ailleurs été modifié plusieurs fois depuis nos premières opérations.

Au début, nous inspirant des méthodes employées dans le service du Professeur Chevassu, nous nous servions du chlorure d'éthyle. Nous avions cependant changé la méthode fermée pour l'anesthésie à masque ouvert. La rapidité de la technique nous a permis d'anesthésier quarante-et-un malades de cette façon.

Quatre ont été endormis à l'éther carbone, avec des suites plus pénibles. Dix-huit ont pris le protoxyde d'azote. Aujourd'hui, nous nous servons presque exclusivement du cyclopropane.

Nous avons progressivement abandonné les autres anesthésiques parce qu'ils présentent tous certains dangers ou inconvénients.

Le chlorure d'éthyle, d'abord, ne donne pas une résolution complète des muscles droits et pyramidaux de l'abdomen. C'est un anesthésique qui est dangereux à manier, surtout dans les interventions qui se prolongent.

L'éther favorise l'hémorragie, et est difficilement éliminé par le foie et les reins. Ces malades fragiles n'ont pas besoin de poisons surajoutés.

Le protoxyde d'azote est un déprimant, et lui aussi ne donne pas une résolution musculaire suffisante.

Nous nous sommes fixé sur le cyclopropane parce qu'il est neutre et qu'il s'élimine rapidement. Ici encore, la résolution n'est pas parfaite. Nous attendons encore l'anesthésie idéale.

#### TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Cette dernière qui nous semble maintenant assez bien réglée, a subi quelques petites additions.

Le premier principe, c'est la rapidité, le malade n'ayant pas le moyen de subir une longue intervention.

Nous nous sommes étudié, avec nos aides, à bien définir chaque phase, afin qu'elles se succèdent sans interruption.

Aussitôt le malade endormi, nous pratiquons la taille, et allons directement sous le pubis, en sectionnant les pyramidaux.

La vessie, dans laquelle il y a une sonde urétrale pendant ce temps, a été remplie d'eau par un aide. Nous l'ouvrons alors carrément sans nous occuper des rebords.

La main, par l'ouverture, est alors directement en contact avec l'adénome prostatique qui fait hernie dans la vessie. Au sommet de l'adénome, on trouve le bout de la sonde urétrale qui est encore en place ; cette dernière nous guidera pour effondrer l'urètre. Un aide retire la sonde, et enlève le gant de notre main droite.

L'index de la main gauche est alors introduit dans le rectum pour soulever l'adénome et protéger à chaque instant l'intestin.

Nous effectuons alors la prostatectomie.

Dès l'extirpation de l'adénome, nous introduisons par la cystostomie un tube de Marion à double tubulures, et faisons couler dans la vessie cinq litres d'eau très chaude qui débarrassera des caillots, et déterminera une contraction de la loge prostatique.

Nous suturons simplement, autour du gros tube, l'aponévrose au Catgut, et la peau au crin.

L'intervention est terminée et a duré une moyenne de 6 à 8 minutes.

Le malade se réveille sur la table pendant que l'on fait son pansement. Il ne restera plus pendant la journée, qu'à évacuer les caillots, et à fournir au malade, par voie veineuse, de l'eau et du sel.

#### CONCLUSIONS

Nous croyons que les quelques succès que nous relatons sont dus :

- 1.— A une indication bien précise ;
  - 2.— A une préparation rigoureuse ;
  - 3.— A une intervention rapide, commandée par une anesthésie fugace ;
  - 4.— A des suites opératoires bien réglées qui feront le sujet d'un prochain travail.
-

## **HÉRÉDO-SYPHILIS**

**Son diagnostic chez les enfants d'âge scolaire**

par

**J.-Chs MILLER**

*Chef de service à l'Ecole La Jemmerais*

et

**Alphonse PELLETIER**

*Assistant à l'Ecole La Jemmerais*

---

Les anomalies de l'intelligence et du caractère sont, chez les enfants, des troubles congénitaux ou constitutionnels. Les affections acquises (séquelles d'accidents infectieux ou traumatiques) forment des groupes à part dont l'importance étiologique reste bien secondaire dans l'ensemble des troubles nerveux et mentaux de l'enfance. L'aliénation mentale, l'alcoolisme, la syphilis sont parmi les agents héréditaires les plus ordinairement rencontrés.

### **FRÉQUENCE DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE**

On sait tout l'intérêt thérapeutique d'un bon dépistage de la syphilis en médecine infantile ; la mise en évidence de cette maladie est pourtant souvent difficile ; elle nécessite des examens complets et variés. Les statis-

tiques varient considérablement quant à sa fréquence ; il n'est pas facile de faire à ce sujet une appréciation juste.

L'affection est en elle-même très variable dans sa nature et ses modes de transmission, de même que dans sa répartition géographique. Les statistiques varient également selon les méthodes employées : du point de vue sérologique elles augmentent souvent avec le nombre de tests mis à contribution, (Bordet-Wassermann, Meinicke, Jacobstal, Hecht, Bestrand, Vernes, etc.). Le B. W. est sans doute le plus en usage et probablement aussi le plus généralement digne de confiance ; mais il n'en est pas moins vrai que les autres réactions semblent avoir des sensibilités particulières pour certaines syphilis ; elles parviennent quelquefois à mettre la maladie en évidence alors que l'hémolyse au sérum chauffé avait donné trop peu ; le Hecht, en particulier, (réaction au sérum frais), corrobore très utilement le Calmette et Massol, et permet quelquefois d'affirmer la positivité d'un cas douteux. Par ailleurs, l'étude du liquide céphalo-rachidien donne aussi des renseignements ; voici un autre élément diagnostique, dont la pratique n'est pas de routine courante. En outre, il faut connaître l'âge des sujets sur lesquels a porté l'étude ; en effet la réaction tend à s'atténuer à mesure que l'enfant vieillit : Dans notre relevé, nous avons noté que pour les réactions fortement positives, la moyenne d'âge était légèrement inférieure à celle des réactions plus légères.

On voit donc les nombreuses influences qui entrent en jeu ; elles expliquent mieux les écarts considérables dans les appréciations sérieuses de cette fréquence pathogène ; elles varient selon les auteurs de 10 à 50% dans les groupes d'enfants observés. En conclusion, il faut retenir l'âge, l'origine sociale, les coïncidences pathologiques (fébriles, bacillaires, etc.), le type d'enfants étudiés (enfants de Crèches, écoliers, anormaux, délinquents, etc.) ; la perfection et l'étendue des méthodes employées au dépistage doivent également être considérées.

Notre étude porte sur des enfants des deux sexes, d'origine urbaine et rurale ; la grande majorité étaient d'âge scolaire (entre six et seize ans). Tous nous étaient envoyés pour des troubles nerveux et mentaux, en très grande partie, des anomalies constitutionnelles. Ce sont des enfants d'un caractère spécial, nous l'admettons ; cette circonstance, peut influencer sur la fréquence de l'affection, mais la méthode diagnostique reste sans doute la



même qu'à l'endroit de l'enfance en général. Tous ces enfants ont eu des examens du sang, Bordet-Wassermann (sérum chauffé et non-chauffé) ; la ponction lombaire n'a été faite que dans les cas peu fréquents où un intérêt spécial l'exigeait. Dans ces conditions, nous avons trouvé 89 réactions positives sur 1735 admissions, soit 5.1% ; en outre le diagnostic clinique a été posé chez 102 autres sujets, soit encore 5.9% ; nous avons donc un pourcentage global de 11% d'hérédo-spécifiques reconnus, dans ce milieu spécial d'enfants anormaux.

#### LE DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE

Nous admettons tous sans discussion, la valeur diagnostique d'une réaction sérologique positive ; les causes d'erreur n'ont pas l'importance voulue pour que nous en tenions compte. Mais il n'en est plus de même en face de réactions négatives. Elles n'éliminent nullement la possibilité de la maladie, et ceci d'autant plus que l'on s'éloigne davantage des accidents primaires. Les manifestations héréditaires étant d'ordre quaternaire, nous devons donc toujours faire une investigation clinique complète du petit malade. Il n'y a non plus aucun rapport constant entre l'accentuation de la réaction sérologique et l'intensité des troubles nerveux, mentaux ou dystrophiques observés. Nous avons vu de beaux enfants, dont le système nerveux semble très peu touché, présenter un Bordet-Wassermann, fortement positif et difficilement réductible au traitement. Par contre, chez d'autres petits, dystrophiques, fortement arriérés ou déséquilibrés, la réaction reste négative. En ce qui regarde le liquide céphalo-rachidien, la concordance nous a paru plus constante dans les affections évolutives du système nerveux. Il y a cependant aussi des exceptions ; il n'y a donc pas lieu encore ici d'accorder entière confiance à des réactions négatives.

#### LE DIAGNOSTIC CLINIQUE

Du point de vue neuro-psychiatrique, l'hérédo-spécificité peut pratiquement prendre tous les aspects ; elle peut même respecter l'intelligence à peu près intégralement, pendant que chez d'autres elle entraînera la déchéance complète. Le tabès et la paralysie générale infantile sont heureusement très rares, nous ne les avons observés que chez 4% de nos hérédos

positifs. On constate le plus souvent divers degrés d'arriération mentale, ou de déséquilibres nerveux dans les différentes sphères psychiques, affectives ou motrices. Il est donc le plus souvent impossible de la déceler, par un simple examen neuro-psychiatrique.

L'examen physique est toujours nécessaire pour mettre en évidence les signes certains ou probables de cette hérédité. Ils suffisent quelquefois à asseoir le diagnostic : il serait superflu de nous y arrêter davantage. Mais il faut bien reconnaître que les gros stigmates d'hérédo-syphilis se font de plus en plus rares. La plupart du temps, on ne retrouve que quelques indices de probabilités : strabisme, dentition défectueuse, vulgaires dystrophies osseuses ou dentaires, énurésie, etc. Il faut en général pousser l'étude plus loin.

Ce n'est souvent que dans la recherche des antécédents personnels et familiaux du petit malade, que nous approcherons de la certitude ; stigmates ou histoire d'infection du côté des parents, accidents multipliés chez la mère, au cours de ses grossesses, manifestations congénitales suspectes chez le sujet lui-même ou chez ses frères et sœurs, enfin sérologie positive chez d'autres membres de la famille. Procédant de la même souche et répartis sur différents membres de la famille, les symptômes rassemblés nous permettent quelquefois seuls, de reconnaître l'hérédo-syphilis de l'enfant actuellement sous nos soins.

A titre d'exemples, et pour terminer, vous nous permettrez de vous citer quelques trouvailles plus ou moins inattendues, que nous a ménagées cette façon de procéder dans nos observations.

Voici d'abord du point de vue sérologique : il nous est arrivé de traiter deux, trois et même quatre enfants de la même famille spécifique. Pris individuellement ces sujets, pour la plupart, étaient considérés comme suspects : nos doutes prirent réellement fin lorsqu'un membre de ces groupes nous fournit une réaction sérologique positive ; il s'agissait soit du plus âgé, du plus jeune ou d'un intermédiaire. Cette réaction unique, nous permettait cependant de conclure au caractère familial de l'affection.

Du côté clinique, il y a le même intérêt. Il est de plus en plus rare d'observer des formes florides, ou encore de retrouver, chez le même sujet, un ensemble suffisant de stigmates certains de congénitalité syphilitique.

C'est ainsi que nous avons pu reconstituer la triade d'Hutchinson, répartie sur trois frères et sœurs, à sérologie négative.

L'enquête familiale proprement dite est enfin quelquefois seule capable de nous renseigner, au cas où il nous est impossible de tirer profit des examens objectifs précités. Voici, comme dernier exemple, un garçon de 14 ans ; c'est un arriéré mental évoluant un syndrome tabétiforme ; son sang et son liquide sont cependant négatifs ; mais il est déjà suspect en raison de cet aspect physique, mental et nerveux. L'enquête familiale fera disparaître nos doutes : la mère a eu sept grossesses, dont une terminée par une fausse-couche et une autre par un accouchement prématuré ; trois frères et sœurs ont fait à leur naissance du coryza chronique. Une sœur présente un strabisme double congénital. De son côté le malade a également fait du coryza chronique, du strabisme et de la surdité précoce. Ces renseignements ajoutés aux signes objectifs finissent de nous convaincre.

En conclusion, nous désirons rappeler l'importance d'un bon dépistage de la syphilis congénitale. Nous avons presque toujours ici, affaire à des accidents latents ou chroniques ; il est donc à propos de faire appel à tous les moyens d'investigation. D'un bon diagnostic, pourra découler non seulement pour l'enfant lui-même mais aussi pour d'autres membres de sa famille, un traitement efficace.

---

## LUTTE ANTITUBERCULEUSE RÉGIONALE (1)

par

Gérard MICHAUD

*Surintendant médical au Sanatorium Saint-Michel, Roberval*

---

Nous soumettons à votre considération deux cas d'infection massive, chez une Indienne et chez une Blanche, à résistance également faible.

### PREMIER CAS

*Indienne*, 22 ans, type floride. A vécu sous la tente avec quatre jeunes filles, dont deux sont mortes de tuberculose pulmonaire quand elles vivaient ensemble.

Mariée en octobre 1936.

*Mars* 1937 : Poussée d'ascite, qui disparaît comme elle est venue. Toute autre cause ayant été exclue, le médecin de la réserve indienne porte le diagnostic de péritonite tuberculeuse.

*Janvier* 1938 : Accouchement normal.

*Février* 1938 : Apparition d'épilepsie chez cette personne jusque-là normale.

*Mars* 1938 : État typhique. Les examens de laboratoire étant négatifs pour le bacille d'Eberth, les para A. et B. : diagnostic de typho-bacillose. A ce moment l'examen physique pulmonaire et la radiographie sont négatifs.

*Juillet* 1938 : La patiente consulte pour toux et expectorations. Nous la voyons, à ce moment, avec le médecin de la réserve, et constatons la

---

1. Conférence donnée devant la Société Phtisiologique de Québec, le 29 octobre 1938.

présence de râles humides fins dans tout l'hémi-thorax gauche, du sommet à la quatrième côte et 6e V. dorsale. B. K. positif.

3 septembre 1938 : Entrée au Sanatorium. Mêmes signes à l'examen d'entrée.

15 septembre 1938 : Nouvel examen. A notre grande surprise nous ne pouvons relever aucun des signes constatés à l'entrée. Nous pensons alors à un foyer nouveau en évolution ailleurs, que nous ne pouvons déceler. L'évolution subséquente confirme cette manière de voir.

28 septembre 1938 (13 jours plus tard) : Crise d'épilepsie sans suite apparente, malgré un examen nerveux complet.

10 octobre 1938 (12 jours plus tard) : Autre crise d'épilepsie suivie de maux de tête, de température et pouls à 100 pendant quatre jours. Babinsky positif, Koernig, paralysie du moteur oculaire commun, ralentissement du pouls, cri hydrencéphalique, évolution et mort en 12 jours.

#### DEUXIÈME CAS

Jeune fille de 20 ans, de famille aisée, éduquée à la maison.

Septembre 1937 : Entre au couvent, pensionnaire ; pour la première fois de sa vie en contact avec la masse.

Décembre 1937 : Une voisine fait une grippe avec toux émétisante, amaigrissement et température. L'épidémie grippale se confine aux voisines immédiates de ce sujet. D'abord, voisine de droite, ensuite, les deux compagnes qui ont les pupitres en avant du sien ; la même chose se répète, dans le même ordre, en classe. Cet épisode raconté aux parents, les décide à garder leur fille à la maison en janvier.

Janvier 1938 : Un confrère qui traite cette personne a déjà pris une radiographie qui est normale, et fait un examen physique négatif, et, sur ce, nous demande de la voir.

L'histoire de la grippe nous paraît tellement patente que malgré l'absence de signes physiques et radiologiques, nous mettons cette plante de serre au repos absolu.

De janvier à mars 1938 : Seul fait à noter : amaigrissement progressif et inappétence complète, en dépit de tous les moyens mis en œuvre.

Mai 1938 : Erythème nouveau. Radiographie et examen toujours négatifs.

*Juillet 1938* : Radiographie et examen négatifs.

La compagne mentionnée au début est morte, fin de janvier 1938, et deux des autres contacts ont, l'une une tuberculose osseuse très avancée, et l'autre, une tuberculose exsudative modérément avancée.

Où cette histoire est tristement intéressante, c'est que nous avons actuellement sous traitement quatorze cas, où le contact est tout aussi bien établi, et l'histoire aussi douloureusement complète. Quatre de ces cas sont morts, et l'année 1939 aura vu disparaître les dix autres.

Nous avons la distinction d'appartenir à la région où la mortalité causée par la tuberculose, est la plus élevée de la province.

Que faire en présence d'une telle situation ?

Il n'y a qu'une réponse : COLLABORATION.

Tout d'abord, l'évêque, Son Excellence Monseigneur Lamarche, convaincu de l'urgence qu'il y a de faire bien, et le plus vite possible, ne cesse de prêcher la prévention des maladies des voies respiratoires. Son intérêt se manifeste de façon toujours pratique. La retraite des prêtres a été une occasion pour Son Excellence, de vulgariser, au bénéfice de ses dirigés, certaines notions essentielles qui doivent les guider dans l'orientation de leurs ouailles malades ou suspectes de tuberculose. C'est une initiative qui a sa place dans les centres où les prêtres agissent en dispensateurs de toutes les connaissances.

Tous les médecins de la région ont été vus personnellement, et leur adhésion se manifeste par le nombre croissant de patients qui nous sont référés, soit pour traitement, soit pour confirmation ou infirmation de diagnostic. Nous leur avons exposé l'avantage qu'il y a pour eux, à diagnostiquer ou à faire diagnostiquer les cas de début qui, une fois stabilisés, retourneront à leur médecin qui reste l'agent de leur guérison. Nous nous faisons un devoir de mettre chaque médecin au courant de la classification et du traitement donné au patient qu'il nous a confié.

A la réunion des maires du Conseil de comté, nous avons fait un exposé vulgarisé des notions essentielles de contagion, d'évolution tuberculeuse, et une interprétation de refus de pourvoir au traitement d'un tuberculeux connu, non pas du point de vue du directeur sanatorial, mais de l'angle sous lequel un bon administrateur et un bon père de famille doivent envisager la question.

A notre arrivée, toutes les municipalités refusaient indistinctement les demandes d'admission à l'hôpital, pour indigents, laissant au magistrat le soin de faire enquête et de décider dans chaque cas. Plusieurs conseils municipaux acceptent maintenant, et approuvent l'admission pour les tuberculeux, sans nous acculer à la nécessité d'un retard souvent désastreux.

Tout ceci nécessairement, nous a été possible grâce à l'initiative éclairée de quelques laïques imbus d'esprit civique, et surtout grâce au Directeur de l'Unité Sanitaire, qui a mis à notre service ses connaissances des lieux et des gens. Dans les centres ruraux, cette collaboration étroite du personnel sanatorial et des travailleurs d'hygiène publique nous semble essentielle, tant pour l'éducation de la masse que pour le dépistage et la surveillance des cas qui ont laissé le Sanatorium, à temps ou à contre-temps, et qui sont retournés à la vie familiale et civile. Agent de liaison entre les médecins et le directeur sanatorial, entre les familles et le clinicien ambulant, c'est l'homme connu de tous, qui entend tout, qui voit tout, qui pénètre partout. Son rôle bien compris et bien rempli, est inestimable.

S'agit-il d'un plan de campagne à élaborer, ses connaissances pratiques sont mises à profit avec grand avantage. Il connaît les gens, leur milieu, leur mentalité : tous éléments de grande importance quand il faut agir sans blesser les habitudes ou piquer les susceptibilités. S'agit-il d'obtenir une histoire complète des contacts d'un malade, c'est encore lui qui vous renseignera. Faut-il convaincre les individus de la nécessité de se faire examiner par le clinicien ambulant, c'est à lui encore souvent qu'il faut recourir. Son lot peut sembler harassant... il l'est !

Directeur d'Unité Sanitaire, clinicien ambulant et médecin de sanatorium, voilà, dans les régions rurales, les trois agents à qui il incombe de stimuler les énergies en action : médecins, curés, et maires de municipalités. A eux de réveiller les apathies et d'aiguiller les bonnes volontés qui n'attendent qu'une direction.

La part du clinicien ambulant n'est pas moindre. Mentionner le travail écrasant qu'est le sien, c'est dire le rôle important qu'il joue dans cette lutte toujours renouvelée. Avec ses examens journaliers et ses rapports régionaux, on ne peut guère lui demander plus. Le médecin qui envoie un malade à la clinique demande toujours à grand cri le rapport dans le délai le plus court

possible. Il a raison, il n'attend que cela pour diriger son patient vers le Sanatorium, et chaque journée compte.

Ce travail de collaboration est possible, puisque nous parlons de ce qui est fait, à date, dans notre région.

Il nous resterait peut-être à dire un mot de la vulgarisation encore assez restreinte, mais tout de même efficace, obtenue par une feuille présentée sous forme de journal du Sanatorium. Nous développons à toutes les semaines dans ce journal, des idées, oh !... une ou deux, mais de façon à frapper l'imagination de nos gens.

Grands hableurs, grands parleurs, nos patients reçoivent des visiteurs qui presque tous retournent dans leur foyer, journal en poche, racontant la dernière blague écrite et aussi un peu de ce qui les a surpris : histoire de faire prendre l'air à leurs connaissances nouvellement acquises.

Pour tout résumer, enfin, la lutte antituberculeuse régionale, aboutissant au Sanatorium, doit aussi avoir comme point de départ le Sanatorium qui ne peut agir que par ses agents de liaison, qu'on ne peut remplacer : Le Directeur d'Unité Sanitaire, assisté du clinicien ambulant et des médecins.

Cette collaboration enthousiaste, nous l'avons d'eux de façon parfaite. Les autres nous la donnent à des degrés divers, mais assez pour leur en être sincèrement reconnaissants.

---



## SYNDROME NEURO-ANÉMIQUE

par

G. DESROCHERS

*Chef de Service à l'Hôpital St-Michel-Archange*

et

G.-H. LARUE

*Assistant à l'Hôpital St-Michel-Archange*

---

En juin dernier nous admettons à l'Hôpital St-Michel-Archange un malade âgé de 58 ans. Il appartiendrait à une famille de neurasthéniques, et souffrirait lui-même de la même maladie depuis environ six ans, nous dit-on. Un de ses fils âgé d'une trentaine d'années, paraît s'acheminer vers un même syndrome. Il est pâle, asthénique, et se plaint de troubles digestifs. Nous n'avons pu l'examiner, ce que nous aurions aimé faire.

On conduit le malade à l'Asile parce qu'est venu se greffer récemment sur son fond d'asthénie, un syndrome dépressif avec idées de persécution, alimentées par de fausses interprétations.

Cette psychose légère ne nous apparaît que comme secondaire à une affection organique, lorsqu'on examine le malade, et passe au second plan. Elle n'est, en effet, qu'un symptôme d'une anémie grave, dite pernicieuse, dont le malade présente toute la gamme des symptômes.

Début insidieux il y a 5 à 6 ans, par de l'asthénie qui est très marquée lorsque nous arrive le malade. Digestion pénible, lente, avec anorexie. On est frappé par la pâleur de ses téguments. Sa figure est bouffie, et il y a contraste entre l'atteinte apparemment grave de l'état général et l'amaigris-

sement peu marqué pour un malade qui se plaint d'anorexie ; il ne mange presque plus depuis quelques années. Oedème des pieds, sans trouble cardiovasculaire autre qu'un léger souffle fonctionnel au cœur. Ce dont le malade se plaint le plus c'est de son asthénie, puis de son estomac qui ne digère plus rien, et non sans raison comme nous le constatons par un premier chimisme gastrique fait quelques jours après l'admission. Dans le peu de liquide que l'on peut retirer de l'estomac (environ 5 c. c.) après un repas d'épreuve, il n'existe aucune trace d'acide chlorhydrique. Le transit stomacal paraît très rapide, car l'estomac ne paraît plus servir que de lieu de passage.

Dans les tubages gastriques suivants, nous devons procéder pas plus d'une demi-heure après le repas d'épreuve pour retirer quelque chose. Aux rayons X, aucune image anormale dans son tube digestif. Quant aux selles, elles sont normales, et ne contiennent pas de parasites. Les reins fonctionnent bien. Les examens sérologiques faits dans le sang et le liquide céphalo-rachidien sont tous négatifs. Pas de syphilis malgré un ensemble de symptômes neurologiques qui nous ferait soupçonner son existence.

C'est un syndrome des fibres longues, c'est-à-dire une atteinte de la moelle épinière uniquement limitée aux cordons postérieurs, donnant toute la symptomatologie d'un tabès. Cette dégénérescence médullaire considérée comme rare autrefois, se rencontrerait dans une proportion dépassant 80% des cas, d'après les auteurs anglo-saxons.

Nous en avons suffisamment pour penser au syndrome neuro-anémique, que vient d'ailleurs confirmer un premier examen hématologique fait le 15 juin 1938, et dont voici le résultat :

Hémoglobine.....	65%
Globules rouges.....	2,044.400
Valeur globulaire.....	1.5

Anisocytose d'intensité moyenne. *Macrocytes* (grandes hématies) prédominant. Poikilocytose peu marquée. Hyperchromie. Absence d'hématies nucléées.

*Formule leucocytaire* : légère éosinophilie avec faible leucocytose, disparues par la suite.

#### ANÉMIE HYPERCHROME.

Le 22 juin nous instituons le traitement suivant : Ventriculine. Vitamine B, 2000 unités tous les deux jours en injections. Extrait de foie de

veau (Campolon) 15 c. c. comme dose d'attaque, puis 4 c. c. par jour pendant 10 jours. Cette dose fut diminuée par la suite progressivement, et nous avons discontinué le traitement après deux mois et demi.

Le 28 juin, c'est-à-dire cinq jours après le début du traitement, une formule sanguine montre une amélioration rapide de l'anémie globulaire, les hématies se chiffrant à 3.020.000, avec hémoglobine à 60%, donnant une valeur globulaire de 1. L'appétit du malade est considérablement augmenté dès les premiers jours. Il est même scandalisé de voir qu'il mange tant. Sa digestion reste toujours pénible et lente. Du côté neurologique, pas de changement quoiqu'il paraisse moins ataxique, ce qui n'est probablement dû qu'à la diminution de son asthénie.

Le 18 juillet, près d'un mois après le début du traitement, les globules rouges atteignent le chiffre de 4.132.000, l'hémoglobine est à 80%, et la valeur globulaire de 1.

Le malade se sent beaucoup mieux, s'alimente bien ne se plaint plus de son asthénie, et ses troubles psychiques sont disparus. Les symptômes neurologiques, il va sans dire, persistent, et sa digestion se fait toujours péniblement.

Un nouveau chimisme, fait le 22 juillet, ne montre aucune amélioration sur le précédent. Afin de nous rendre compte s'il existe encore quelques glandes gastriques susceptibles de fonctionner, nous faisons subir au malade une épreuve à l'histamine. Elle nous montre qu'il y a peu d'espoir de voir se rétablir la fonction gastrique. En effet, les tentatives de prélèvement de suc gastrique, faites de dix minutes en dix minutes restent vaines. Comme il est de règle dans ces cas, l'anachlorhydrie, et même l'achylie paraissent définitives.

Karoly, rapportant dans un article de l'Europe Médicale (avril-mai 1938) les bons résultats qu'il obtient dans les anachlorhydries des vieillards, par l'administration d'extraits de lobe antérieur d'hypophyse, nous tentons ce mode de traitement chez notre malade. Il reçoit pendant plus d'un mois de tels extraits par voie parentérale, mais sans résultat. Ce traitement fut de trop courte durée, et peut-être pas suffisamment intensif pour que nous puissions en tirer quelques conclusions. En effet, pour régénérer une muqueuse gastrique, si cela peut se faire, il devrait en prendre un temps assez long, comme pour les phénomènes nerveux qui ne disparaissent qu'exceptionnellement, après un traitement prolongé.

C'est alors que nous nous contentons d'administrer au malade, à chaque repas, un équivalent de suc gastrique. Nous aurions aimé le suivre encore quelque temps, lorsqu'on est venu nous l'enlever. Ses troubles psychiques étant disparus depuis longtemps, il est parti pour chez lui dans un état très satisfaisant. Comme il ne continuera probablement pas à se traiter, il rechûtera sans doute, car si son anémie est pratiquement disparue, la cause ne l'est pas, surtout si l'on songe à son estomac.

La pathogénie de cette affection qui a fait de grands progrès dans les dernières années, reste tout de même encore obscure. Castle, par ses nombreuses expériences aux États-Unis, est venu démontrer qu'il existe, dans les tissus de l'estomac et le suc gastrique, un principe anti-anémique. Son traitement de l'anémie pernicieuse par les extraits d'estomac donne d'ailleurs des résultats superposables à ceux de la méthode de Whipple par le foie de veau. On en conclut que ce principe hématopoïétique partant de l'estomac doit s'emmagasiner dans le foie. Mais qu'est-ce qui préside à la formation de ce principe actif? La question est encore à élucider. Tout a été invoqué en passant par les vitamines, il va sans dire. Le facteur héréditaire semble y jouer un certain rôle, et paraît exister dans l'observation de notre malade. Les études nombreuses en endocrinologie qui sont poursuivies actuellement, apporteront peut-être quelque lumière.

L'estomac, en effet, peut être considéré aujourd'hui comme glande à sécrétion interne autant qu'externe. Par conséquent, il serait en relation avec les autres glandes endocrines, et la première d'entre elles qui est l'hypophyse, comme le dit Cushing. Ce dernier ne rapporte-t-il pas avoir vu apparaître des perforations rapides de l'estomac et du duodénum après intervention sur le diencéphale. Karoly guérirait l'anachlorydrie des vieillards par l'administration d'extraits de lobe antérieur d'hypophyse ou de leurs équivalents, les prolans urinaires.

Peut-être cette nouvelle orientation des recherches de la pathogénie de l'anémie de Biermer, que l'on devrait appeler plutôt l'anémie d'Addison, ouvrira-t-elle la voie à un traitement non seulement palliatif mais curatif de cette affection.

---

## RÉSECTION DU PLEXUS HYPOGASTRIQUE SUPÉRIEUR DANS LES DYSMÉNORRHÉES REBELLES

par

François ROY

*Assistant à l'Hôtel-Dieu*

---

La résection du plexus hypogastrique supérieur donne d'excellents résultats dans la plupart des cas de dysménorrhée rebelle et de douleur pelvienne. En 1924, Gaston Cotte de Lyon en publie la technique. L'année suivante, il fait connaître les résultats de cette opération et en précise les indications. A la suite de Cotte, Leriche et Michon contribuent par leurs travaux à faire connaître ce procédé par toute l'Europe. Beaucoup de chirurgiens français, italiens, anglais, allemands, etc., obtiennent avec cette opération des résultats encourageants. Depuis 1934, cette opération est devenue courante aux États-Unis. On a déjà publié des séries imposantes de cas avec des résultats très satisfaisants.

Les indications de la résection du plexus hypogastrique supérieur sont les suivantes : la dysménorrhée rebelle, le vaginisme, la dyspareunie, le prurit vulvaire, les douleurs pelviennes à la suite du cancer de l'utérus et du col utérin, la cystalgie, la constipation d'origine rectale.

Il ne faudrait pas croire que cette opération est une panacée contre tous les troubles menstruels. L'opothérapie bien dirigée en est encore le principal traitement. Mais après échec de la médication hormonale, l'opération de Cotte reste tout indiquée.

C'est alors que nous nous contentons d'administrer au malade, à chaque repas, un équivalent de suc gastrique. Nous aurions aimé le suivre encore quelque temps, lorsqu'on est venu nous l'enlever. Ses troubles psychiques étant disparus depuis longtemps, il est parti pour chez lui dans un état très satisfaisant. Comme il ne continuera probablement pas à se traiter, il rechêtera sans doute, car si son anémie est pratiquement disparue, la cause ne l'est pas, surtout si l'on songe à son estomac.

La pathogénie de cette affection qui a fait de grands progrès dans les dernières années, reste tout de même encore obscure. Castle, par ses nombreuses expériences aux États-Unis, est venu démontrer qu'il existe, dans les tissus de l'estomac et le suc gastrique, un principe anti-anémique. Son traitement de l'anémie pernicieuse par les extraits d'estomac donne d'ailleurs des résultats superposables à ceux de la méthode de Whipple par le foie de veau. On en conclut que ce principe hématopoïétique partant de l'estomac doit s'emmagasinier dans le foie. Mais qu'est-ce qui préside à la formation de ce principe actif? La question est encore à élucider. Tout a été invoqué en passant par les vitamines, il va sans dire. Le facteur héréditaire semble y jouer un certain rôle, et paraît exister dans l'observation de notre malade. Les études nombreuses en endocrinologie qui sont poursuivies actuellement, apporteront peut-être quelque lumière.

L'estomac, en effet, peut être considéré aujourd'hui comme glande à sécrétion interne autant qu'externe. Par conséquent, il serait en relation avec les autres glandes endocrines, et la première d'entre elles qui est l'hypophyse, comme le dit Cushing. Ce dernier ne rapporte-t-il pas avoir vu apparaître des perforations rapides de l'estomac et du duodénum après intervention sur le diencéphale. Karoly guérirait l'anachlorydrie des vieillards par l'administration d'extraits de lobe antérieur d'hypophyse ou de leurs équivalents, les prolans urinaires.

Peut-être cette nouvelle orientation des recherches de la pathogénie de l'anémie de Biermer, que l'on devrait appeler plutôt l'anémie d'Addison, ouvrira-t-elle la voie à un traitement non seulement palliatif mais curatif de cette affection.

---

## RÉSECTION DU PLEXUS HYPOGASTRIQUE SUPÉRIEUR DANS LES DYSMÉNORRHÉES REBELLES

par

François ROY

*Assistant à l'Hôtel-Dieu*

---

La résection du plexus hypogastrique supérieur donne d'excellents résultats dans la plupart des cas de dysménorrhée rebelle et de douleur pelvienne. En 1924, Gaston Cotte de Lyon en publie la technique. L'année suivante, il fait connaître les résultats de cette opération et en précise les indications. A la suite de Cotte, Leriche et Michon contribuent par leurs travaux à faire connaître ce procédé par toute l'Europe. Beaucoup de chirurgiens français, italiens, anglais, allemands, etc., obtiennent avec cette opération des résultats encourageants. Depuis 1934, cette opération est devenue courante aux États-Unis. On a déjà publié des séries imposantes de cas avec des résultats très satisfaisants.

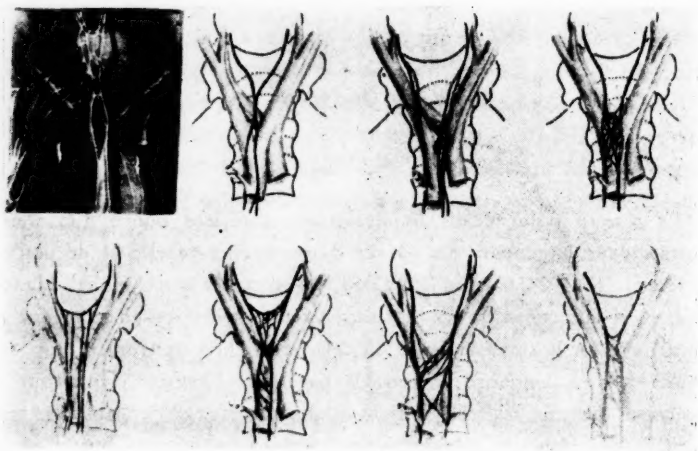
Les indications de la résection du plexus hypogastrique supérieur sont les suivantes : la dysménorrhée rebelle, le vaginisme, la dyspareunie, le prurit vulvaire, les douleurs pelviennes à la suite du cancer de l'utérus et du col utérin, la cystalgie, la constipation d'origine rectale.

Il ne faudrait pas croire que cette opération est une panacée contre tous les troubles menstruels. L'opothérapie bien dirigée en est encore le principal traitement. Mais après échec de la médication hormonale, l'opération de Cotte reste tout indiquée.

La résection du nerf présacré n'amène aucun trouble fonctionnel du rectum ni de la vessie. L'ovulation, la fécondation, la grossesse et l'accouchement ne sont pas non plus affectés.

#### OPÉRATION

La malade est placée en Trendelenbourg. Une incision médiane dont un tiers remonte au-dessus de l'ombilic donne un accès facile sur le plexus hypogastrique supérieur. L'intestin est refoulé et maintenu en place avec des compresses humides de manière à bien dégager le promontoire et la bifurcation de l'aorte. Après s'être assuré que les organes génitaux internes ne



Représentation de différents types de plexus hypogastriques supérieurs que l'on peut communément rencontrer. (D'après John S. Labate et John R. Cannady.)

présentent rien de pathologique, on fait sur le péritoine postérieur une incision de 5 à 6 cm. commençant à l'origine des artères iliaques primitives et se dirigeant en bas dans le bassin. Les bords du péritoine sont écartés au moyen de fils ou de pinces et tous les filaments sympathiques qui se trouvent contenus dans le tissu cellulaire à la bifurcation de l'aorte sont soigneusement enlevés. Le plexus est ligaturé à ses deux extrémités et le péritoine est fermé au catgut.



Voici l'histoire clinique de quelques malades à qui nous avons fait la résection du plexus hypogastrique supérieur pour dysménorrhée.

#### PREMIER CAS

Jeanne d'Arc V. se présente à la consultation avec un diagnostic d'appendicite chronique. Menstruations abondantes, irrégulières, durant environ 8 jours, excessivement douloureuses au début et s'accompagnant très souvent de vomissements. La malade est obligée de s'aliter de deux à trois jours à chaque période menstruelle.

Le 11 juillet, laparatomie. Appendice normal macroscopiquement et microscopiquement. Utérus incomplètement développé, mais en bonne position. Annexes normales. Opération de Cotte.

La malade à qui nous avons demandé de nous donner des nouvelles sur son état de santé nous écrit par deux fois, trois mois et six mois après son opération : règles régulières, aucune douleur avant les menstruations, mais un peu de douleur les deux premiers jours. La malade n'est plus obligée de prendre le lit et se considère beaucoup mieux qu'avant l'opération.

#### DEUXIÈME CAS

Léontine F., 32 ans. Vient consulter pour douleur intense à l'hypogastre, au bassin, au rectum et au périnée. Appendicectomie quelques années auparavant. Règles irrégulières (variant de 13 à 30 jrs), abondantes, très douloureuses nécessitant souvent des opiacés et le repos au lit pour un à trois jours.

La malade reste souffrante dans l'intervalle des règles et la position assise est souvent pénible.

Le 26 juillet, laparatomie. Pas d'adhérences. Annexes normales et utérus bien développé et en bonne position. Semis de granulations très ténues et grisâtres sur la face postérieure de l'utérus et dans le cul-de-sac de Douglass. L'examen histologique de ces granulations a montré qu'il s'agissait de minuscules fibromes. Opération de Cotte.

Six mois après la malade répond à un questionnaire qui lui est adressé. Règles régulières de 26 jours, aucune douleur ; mais 9 à 10 jours après la cessation des règles, c'est-à-dire à la période d'ovulation, la malade ressent

un peu de douleur dans le bas-ventre. Depuis son opération, elle se sent beaucoup mieux et se dit contente.

#### TROISIÈME CAS

Jeanne D., 20 ans. Vient à l'hôpital pour appendicite. Douleur surtout au début des règles l'obligeant à prendre souvent le lit un à deux jours. Laparatomie. Appendice normal. Résection du nerf présacré.

Deux mois plus tard, la malade nous écrit pour nous dire qu'elle ne sent presque plus de douleurs à ses menstruations.

#### QUATRIÈME CAS

Mme Wilfrid G., 32 ans. Mère de deux enfants. Dysménorrhée, dyspareunie. Laparatomie. Ablation d'un kyste de l'ovaire gauche de 5 cm. de diamètre. Opération de Cotte. Un mois après la malade nous dit qu'elle est améliorée.

#### CINQUIÈME CAS

Isabelle B., 26 ans. Dysménorrhée l'obligeant à prendre de temps en temps le lit. Masse dans le ligament large droit facilement mise en évidence par le toucher vaginal et le palper abdominal. Laparatomie. Le rein droit qu'on trouve dans le ligament large est fixé dans la fosse iliaque. Opération de Cotte pas satisfaisante. Un mois après la malade nous écrit pour nous dire qu'elle n'a plus de douleur dans le côté droit, mais que son côté gauche est douloureux et que ses règles sont encore douloureuses.

---

Pour les trois premiers cas que nous venons de rapporter, nous croyons avoir obtenu un très bon résultat. Il est difficile de se prononcer sur la valeur du traitement des deux autres étant donné l'état pathologique qu'elles présentaient et le peu de temps écoulé depuis l'intervention.

Certains auteurs prétendent avoir de bons résultats dans cent pour cent des cas bien sélectionnés quand la résection du sympathique présacré est complète.

Craig de la Clinique Mayo admet qu'on peut avoir avec cette opération des résultats médiocres dans environ 10% des cures, échecs qui seraient dus aux cas limite et d'infériorité biologique.

Novak de Baltimore croit que cette opération peut facilement prêter à des abus si les gynécologistes viennent à la considérer comme le plus court moyen de succès sans se donner la peine d'établir un bon diagnostic et d'essayer un traitement plus conservateur.

## BIBLIOGRAPHIE

- R. LERICHE. La chirurgie de la douleur. *La Presse Médicale*, n° 35 : 496 et 561, 1927.
- P. HALLOPEAU. Guérison d'une névralgie génitale à forme grave par la résection du plexus hypogastrique. *Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, 48 : 1143, (8 nov.) 1922.
- R. CONDOMIN. Traitement des douleurs lombo-sacrées par la disjonction du plexus hypogastrique d'avec l'utérus. *Lyon chir.*, 24 : 489, 1927.
- G. COTTE. La sympathectomie hypogastrique a-t-elle sa place dans la thérapeutique gynécologique. *La Presse Médicale*, n° 33 : 98, 1925.
- IDEM. Sur le traitement des dysménorrhées rebelles par la sympathectomie hypogastrique péri-artérielle ou la section du nerf présacré. *Lyon méd.* 56 : 153, 1925.
- IDEM. Sur la technique de la résection du nerf présacré. *Lyon chir.* 24 : 103, 1927.
- ADSON et MASSON. Dysmenorrhea Relieved by Resection of Presacral Sympathetic Nerves. *J. A. M. A.*, 102 : 13 ; 986, (31 mars) 1934.
- DE COURCY. Resection of the Presacral Nerve for Dysmenorrhea ; Based on Favorable Results in a Series of Twenty-one Cases. *Am. J. Surg.* 23 : 408, 1934.
- DOUGLASS. Excision of the Superior Hypogastric Plexus (in the Treatment of Interstitial Cystitis. Report of Five Cases). *Am. J. Surg.* 25 : 2 ; 249, (août) 1934.
- BEHNEY. Excision of Pelvic Autonomic Nerves for the Relief of Pain from Advanced Pelvic Carcinoma. *Am. Surg.* 101 : 1 ; 411, (Jan.) 1935.
- CANNADY. Presacral Nerve Resection for Relief of Pelvic pain and Dysmenorrhea. *Am. Surg.* 103 : 6 ; 886, 1936.
- BLACK. Presacral Sympathectomy for Dysmenorrhea and Pelvic Pain. *Am. Surg.* 103 : 6 ; 903, (juin) 1936.
- LABATE. The Surgical Anatomy of the Superior Hypogastric Plexus. « Pre Sacral Nerve ». *Surg. Gyn. and Obst.* 67 : 2 ; 199, (août) 1938.

# CLINIQUE

---

## LA DIPHTÉRIE (1)

(Leçon clinique)

par

Albert JOBIN

*Chargé de la Clinique des maladies contagieuses*

---

## TRAITEMENT

Quand j'ai commencé à pratiquer la médecine — il y a plus de 45 ans — nous n'avions pas alors de sérum spécifique. Aussi nous étions pratiquement désarmés en face de la diphtérie. Nous assistions, impuissants à l'évolution de cette maladie. Plutôt par acquit de conscience que par conviction, nous faisons des badigeonnages du fond de la gorge avec de l'iode, du soufre, de l'acide phénique, etc. ; aussi les succès n'étaient pas brillants, le pourcentage de la mortalité, pour la diphtérie, variant entre 50 à 60 p. cent. Et, dans les temps d'épidémie, ce taux excédait 90 p. cent.

Bref, en ces temps lointains, la diphtérie était le cauchemar des familles et des praticiens.

---

(1) Fin. — Voir *Lavul Médical*, 4 : 3 ; 123, (mars) 1939.

## DÉCOUVERTE DU SÉRUM

Mais heureusement Pasteur naquit, et son élève Roux découvrit le sérum sauveur.

Rafrichissons un peu notre mémoire à ce sujet.

Vous vous en souvenez, c'est en 1883 que Lœffler connut le bacille de la diphtérie.

Cinq ans plus tard, Roux découvrait les toxines diphtériques.

Il fallait trouver un antidote à ces poisons. Ce sont deux médecins français qui ont réussi. En 1890, Roux et Louis Martin vaccinèrent des chevaux avec des toxines très virulentes et parvinrent ainsi à obtenir un sérum très puissant, puisqu'une unité antitoxique suffisait à neutraliser *in vitro* 100 unités toxiques. Ils pratiquèrent alors en France les premières applications de la sérothérapie antidiphtérique qui depuis lors s'est généralisée dans tous les pays.

C'est dire que le remède contre la diphtérie était trouvé. Ce fut une bénédiction. Du coup le pourcentage de la mortalité tomba aux environs de 7. Ce sérum possède de plus une activité constante. C'est ce que nous verrons dans un instant.

## GÉNÉRALITÉS

Avant d'aborder le traitement de chacune des variétés cliniques de la diphtérie, je voudrais vous exposer quelques données directives touchant la précocité du traitement spécifique, les voies d'introduction du sérum, les doses et même le traitement de l'état général.

## I.— IMPORTANCE DE LA PRÉCOCITÉ DES INJECTIONS

S'il existe une maladie courante où il importe d'agir vite, c'est bien la diphtérie. Voici une expérience concluante. On injecte à un certain nombre de cobayes une dose de toxine diphtérique qui doit amener la mort en deux jours. « Si, à ces animaux, on injecte une dose d'antitoxine avant, pendant, 2 heures ou 4 heures après l'injection de toxine, pas un cobaye ne meurt. Après 6 heures, il n'y a qu'une petite chance de survie. Après 8 heures, aucune chance de survie, même avec des doses considérables et répétées de sérum. »

Ces expériences permettent de comprendre le mode d'action du sérum spécifique vis-à-vis de l'infection diphtérique. Je cite Paul Savy dans son « Traité de thérapeutique clinique » (1938).

« Lorsque le sérum est injecté quelques heures après l'inoculation virulente, l'antitoxine est rapidement transportée par le sang jusqu'au point d'inoculation où le germe commence à peine à cultiver et à élaborer son poison: elle neutralise *in situ* ce poison avant même qu'il n'ait pu diffuser dans l'organisme, et avant même que se soit produite la mortification locale des tissus qui facilite la multiplication des germes. Lorsque la sérothérapie intervient 12 à 14 heures après l'injection des bacilles diphtériques l'antitoxine ne se révélera efficace que dans la mesure où le poison diphtérique absorbé n'aura pas créé dans les organes vitaux des altérations. Elle ne peut rien en effet contre des lésions constituées, — suffisantes pour provoquer la mort. »

## II.— MODE D'ADMINISTRATION

Faut-il répartir la dose de sérum jugée nécessaire, — dans un cas de diphtérie commune, — en 2 ou 3 jours, ou bien l'administrer en une seule fois ? Aujourd'hui la plupart des auteurs recommandent cette dernière méthode. Je suis de cet avis. En effet, comme en pratique, on ignore souvent le véritable début de la maladie, et le degré actuel d'intoxication, je crois qu'il est préférable d'injecter d'un seul coup toute la dose jugée nécessaire. Ça cause moins d'ennuis à l'enfant et le résultat est le même.

## III.— VOIES D'INJECTION

Les voies d'injection ont des propriétés différentes.

1° La voie sous-cutanée est la voie la plus facile et la plus couramment employée. Cependant elle a un petit défaut et une qualité. Son défaut c'est l'absorption comparativement plus lente de l'antitoxine. Ainsi la concentration du sang en antitoxine n'est atteinte qu'au 3e jour. C'est pourquoi ses premiers effets ne commencent à se faire sentir que 24-36 heures après l'injection. Mais sa qualité c'est de prolonger l'effet du sérum, celui-ci restant plus longtemps dans le sang.

2° La voie intra-musculaire agit plus rapidement que la précédente. La concentration atteint sa *maxima* au bout de 24 heures. Mais son effet

ture un peu moins longtemps. C'est pourquoi il est avantageux, dans les cas le moins sérieux, d'injecter dans le muscle une partie de la dose de sérum convenue, afin d'avoir une action prompte, et l'autre partie dans le tissu cellulaire, pour avoir un effet plus prolongé. Ça me paraît une excellente méthode.

3° La voie intra-veineuse est sans aucun doute la voie la plus rapide. Les anticorps spécifiques sont immédiatement jetés dans le courant sanguin mais cette concentration du sang en antitoxine décroît rapidement. En 24 heures, les  $\frac{2}{3}$  de ce sérum sont éliminés.

Par cette voie, l'action est plus rapide, mais de moins longue durée. Je dois ajouter que c'est la voie la plus dangereuse. Aussi on ne l'emploie que dans le grand danger, comme par exemple dans le croup. Aux grands maux, les grands remèdes.

C'est dire qu'il faudra prendre des précautions. La première est de ne faire qu'une seule piqûre dans la veine ; les autres se feront dans le muscle et le tissu cellulaire, afin d'avoir un effet aussi prompt et aussi prolongé que possible.

La deuxième précaution est de diluer le sérum, surtout s'il est concentré, dans un volume double ou quadruple d'eau physiologique, et d'introduire le tout lentement dans la veine.

L'inconvénient c'est l'extrême gravité des accidents anaphylactiques, si le sujet a été jadis injecté par un sérum équin quelconque. Le choc est mortel. Pour éviter cet accident, il suffit d'injecter au préalable, sous la peau, une goutte de sérum, puis 1 c.c., 2 c.c., et enfin 5 c.c. Si après une demi-heure d'attente, il n'y a pas de réaction, on procède alors dans la veine.

#### IV.—DOSES DE SÉRUM

Ici, l'accord est loin d'être fait, bien que d'une façon générale on tende à renoncer aux doses massives.

Autrefois, (de 1894 à 1929), nous suivions les données de Marfan. Ce pédiatre conseillait d'injecter, chez un grand enfant, 8 à 10,000 unités, et jusqu'à 16,000 dans les formes graves.

Mais en 1929, Lereboullet, de Paris, est venu changer tout cela. Du coup, ce professeur préconise des doses formidables de sérum, variant de 150,000 à 200,000 unités. Et il a fait école. Ce fut même une vraie débau-

che de sérum. Dans un enthousiasme de néophytes, les Danois poussèrent la dose jusqu'à 800,000 unités. Pour de l'emballement, c'en était un de première classe.

Comment expliquer ce changement si subit et si considérable dans la manière de traiter la diphtérie ? Le taux de la mortalité par diphtérie augmentant alors quelque peu, on s'est demandé si le sérum n'avait pas perdu de son activité.

Aussi, en 1934, on a répété sur le cobaye l'expérience faite par Roux et Martin en 1894, que j'ai déjà rapportée. Les résultats ont été absolument identiques. Donc le sérum n'avait pas perdu de son efficacité thérapeutique. La cause de cette augmentation de mortalité était donc ailleurs, probablement dans le caractère de la maladie.

Après cette expérience, l'Académie de Médecine de Paris fut saisie de cette question des hautes doses de sérum et se prononça contre. Et sur quoi se basait-elle ? Sur ce fait qu'on ne réussissait pas mieux qu'avant ce régime des doses massives. Ainsi, pendant qu'autrefois, si l'on en croit les statistiques françaises, le taux de la mortalité dans la diphtérie était en moyenne de 10 p. cent c'est encore le même pourcentage aujourd'hui. Il n'y a donc pas eu amélioration sous ce rapport. Aussi l'école de Lereboullet perdit des partisans de plus en plus.

Petit à petit, on revint à des doses plus raisonnables. Aussi des hygiénistes comme Ramon, Debré et Bernard préconisent 20,000 unités pour un enfant de 3 ans et 50,000 unités pour un adolescent.

Comby, un pédiatre, injecte une première dose de 20,000 unités ; mais il conseille de répéter ces injections les jours suivants, pour atteindre le chiffre global de 75 à 80,000 unités. On est bien loin de 150,000 à 200,000 unités.

Me permettra-t-on de donner ma manière de voir, sans prétendre parler *ex cathedra* ? La voici.

Dans un cas d'angine diphtérique commune, je donne une dose unique de 12 à 15,000 unités. Et j'attends les résultats qui commencent à se faire sentir 24 à 36 heures après l'injection.

Que constate-t-on lors de cette visite faite le lendemain ? Dans la grande majorité des cas, soit 4 fois sur 5, il y a un amendement de l'état général et des symptômes : la fièvre est tombée, les ganglions sont diminués de volume,



les membranes n'ont pas progressé, même il y a un liséré rouge sur le pourtour des membranes, — ce qui est un très bon signe, — bref, il y a une amélioration; et je n'injecte plus de sérum. Et dans les 3 ou 4 jours qui suivent, la gorge se nettoie, et notre sujet vogue à pleines voiles vers le port du salut.

Naturellement, si à cette seconde visite, l'état de mon sujet s'est aggravé, alors je change mon fusil, et je charge une nouvelle dose de sérum.

#### V. — ALIMENTATION

Quant au régime alimentaire, disons une fois pour toutes, qu'il ne faut pas craindre de nourrir nos sujets généreusement, si l'estomac tolère. Sinon, l'on se comportera selon les circonstances.

### TRAITEMENT DES DIFFÉRENTES FORMES CLINIQUES

#### A. — FORME LÉGÈRE

##### 1° *Diphthérie nasale.*

Traitement général, Sérum :

5 c.c. soit 15,000 unités pour le nourrisson.

10 c.c. soit 30,000 unités pour l'écolier.

Le traitement local est le plus important : Instiller dans chaque narine, plusieurs fois par jour, quelques gouttes de la solution suivante :

Novarséno. .... 0 gr. 15

Eau bouillie. .... 2 c.c.,

ou encore du sérum antidiphthérique.

2° *Diphthérie oculaire.* Elle se traite de la même manière, mais il ne faudra pas oublier de traiter en même temps les fosses nasales. C'est de là que tire son origine la diphthérie oculaire.

3° Dans la *diphthérie des immunisés*, l'on se comporte suivant la forme clinique.

#### B. — FORME MOYENNE

*Dans l'angine diphthérique commune,*

1° Injectez 30 à 40 c.c., soit 10 à 12,000 unités, dans le muscle et le tissu cellulaire, et répétez si nécessaire.

2° Localement : a) gargarisme chez les grands enfants ;

b) Ingestion *per os* de jus de citron pur (soit 2 citrons par 24 heures). J'ai toujours obtenu de bons effets avec le jus de citron. Comment agit-il ? Est-ce par son acide ou par ses vitamines, ou par les deux à la fois ?

c) Le port de cravates humides froides autour du cou rend aussi de réels services.

Cette forme, d'ordinaire, évolue vers la guérison dans l'espace d'une semaine.

#### C.— FORME GRAVE

Vous rencontrez cette forme clinique dans une des deux circonstances suivantes : soit que la maladie ait été méconnue ou négligée pendant 3 ou 4 jours, soit qu'il y ait une association avec une autre maladie infectieuse, telle que la scarlatine.

Dans l'un ou l'autre cas, voici ce qu'il convient de faire.

1° Traitement général. 30,000 unités de sérum le premier jour. Répéter la même dose les 2 jours suivants, dans le muscle et sous la peau.

2° Traitement local : presque aussi important que le traitement spécifique. Plusieurs fois par jour, on fait le lavage de la bouche au moyen d'un siphon à l'eau de Seltz ; ou bien on fait l'irrigation de la gorge au moyen d'un bock rempli d'eau chaude légèrement salée, et que l'on répète 4 fois par jour.

Pour atteindre cette fin, on enveloppe l'enfant afin de lui tenir les bras prisonniers. On le penche en avant et l'irrigation charrie à l'extérieur un tas de saletés, lesquelles, sans cela, seraient avalées par l'enfant. Ce procédé est simple et efficace.

Encore là, on emploie la solution formulée plus haut de novarsénobenzol en instillation dans les fosses nasales ; on met des compresses humides chaudes autour du cou ; et on fait prendre du citron pur.

3° Traitement médical : Ce moyen n'est pas à mépriser, au contraire.

a) Une bonne dose de calomel (3 à 7 grains suivant l'âge) permet d'éliminer beaucoup de poisons.

b) De l'adrénaline pour suppléer à l'insuffisance des surrénales toujours atteintes dans ces formes graves.

c) La strychnine est aussi recommandée, en ne dépassant pas la dose quotidienne d'un demi-milligramme par kilogramme du poids du corps.

## D.— LE CROUP

Je distingue cette diphtérie laryngée, parce que c'est la forme la plus mortelle, qu'elle est de courte durée et qu'il faut agir vite et fort.

A cette fin, on emploiera le sérum à fortes doses, soit 50,000 unités qu'on injectera partie dans la veine, partie dans le muscle et le tissu cellulaire. Si le lendemain, il n'y a pas d'amélioration, on sera justifiable d'injecter une dose de 40,000 unités, mais pas dans la veine.

Inutile d'ajouter les précautions à prendre quand il s'agit de la voie intra-veineuse.

Les autres moyens adjuvants sont le calomel (10 grains), l'adrénaline, les compresses humides chaudes, l'humidification de l'atmosphère de la chambre, mais défense absolue de donner de la strychnine afin de ne pas augmenter l'état spasmodique du larynx.

Dans les crises de suffocation qui se prolongent le moins, on pensera au tubage qui nous donne une chance d'éviter l'asphyxie.

## E.— PROPHYLAXIE

Votre devoir ne sera pas complètement rempli, si vous ne protégez les enfants qui ont été en contact avec un diphtérique. A cette fin, une dose de sérum de 5 à 10 c.c. suffit à les protéger pendant 20 à 30 jours.

## SOMMAIRE

En terminant cette leçon clinique, je voudrais que vous reteniez les 3 ou 4 idées suivantes.

D'abord souvenez-vous que le début de la diphtérie s'amène en tapinois comme un chat, je veux dire sans troubles fonctionnels marqués, et que c'est là un signe trompeur.

Deuxièmement, je crois avoir démontré que les médecins de la génération précédente guérissaient tout aussi bien leurs malades avec de petites et moyennes doses de sérum, que les médecins de la génération actuelle avec leurs doses formidables.

Rappelez-vous qu'il y a trois classes de diphtérie. En chiffres ronds : 75% sera de l'angine diphtérique commune, guérissable ; 5% sera de la

diphtérie bénigne; les 20 autres p. cent seront des cas de diphtérie grave et de croup. Dans cette troisième classe, vous ouvrirez donc toutes grandes les bouches de votre artillerie lourde, tandis que dans les deux premiers groupes de diphtérie les mitrailleuses et les grenades suffiront amplement pour maîtriser l'ennemi.

Je crois qu'on a tort de répéter sur une longue série de jours les injections de sérum. Cette saturation du sang en antitoxine est pour le moins inutile, sinon nuisible. C'est le cas de répéter ce dicton anglais : « Too much of a good thing is good for nothing. »

Enfin souvenez-vous qu'il y a de faux diphtériques, je veux parler des porteurs de germe qui peuvent nous en imposer quelquefois. Ils sont plus nombreux qu'on ne pense. Il importe de les reconnaître afin d'éviter les quarantaines inutiles.

---

## ANALYSES

---

Dr Donat LAPOINTE.— **L'alimentation de l'enfant sain.** *Librairie de l'Action Catholique.* Québec, 1938.

Cette plaquette écrite par Monsieur le docteur Donat Lapointe, professeur de médecine infantile, est un guide sûr, non seulement pour les mères, mais aussi pour les praticiens chez qui la connaissance de la diététique de l'enfance ne serait pas très familière.

En quelques pages seulement, et sous une forme simple, claire et précise, l'auteur nous donne dans de petits tableaux, la journée diététique de l'enfance, depuis la naissance jusqu'à 4 ans. L'heure et le nombre des repas, la qualité et la quantité des aliments, tout y est pour chacune des périodes de la première enfance. C'est un opuscule très utile.

Albert JOBIN.

---

Samuel-J. HOFFMAN et Al.— **Sulfanilamide in the treatment of gonorrheal vulvovaginitis.** (La sulfanilamide dans le traitement de la vulvo-vaginite gonococcique.) *J. A. M. A.*, 110 : 19 ; 1541, 1938.

La vulvo-vaginite gonococcique des petites filles est très fréquente à Chicago, atteignant entre 1 et 5% des enfants du sexe féminin des milieux pauvres. Les auteurs, après un rappel des modes de contamination et les différents symptômes de cette maladie, décrivent brièvement les modes de traitement, chimique et biologique, mis en œuvre dans la vulvo-vaginite avant l'apparition des produits sulfamidés.

25 enfants du sexe féminin dont l'âge variait de 3 mois à 10 ans ont été traitées par un produit sulfamidé de Whintrop Chemical Company. 3 de

ces enfants souffraient de vulvo-vaginite chronique. La sulfanilamide fut administrée par la bouche, dans du jus de fruit, sans aucun traitement local. Les auteurs conseillent les doses suivantes :

1er et 2ème jour  $\frac{3}{4}$  de grain par livre de poids, par jour.

3ème au 7ème jour  $\frac{3}{4}$  de la dose de début ou  $\frac{9}{16}$  de grain.

8ème au 21ème jour  $\frac{1}{2}$  de la dose de début ou  $\frac{3}{8}$  de grain par livre de poids, par jour.

Sur les 25 malades, 7 furent guéries après une moyenne de 17 jours de traitement, 11 entre 42 et 90 jours et deux autres un peu plus tard. La guérison n'est affirmée qu'après des examens bactériologiques répétés.

Les incidents thérapeutiques furent à peu près nuls ce qui est d'ailleurs la règle chez les sujets jeunes qui tolèrent souvent mieux les sulfamidés que les adultes.

20 petites filles sur 25 souffrant de vulvo-vaginite ont été guéries par un produit sulfamidé après un traitement de durée variable : 2 à 13 semaines. Résultat intéressant, car, le traitement de la vulvo-vaginite gonococcique est difficile et parfois décevant.

E. GAUMOND.

---

James-T. DANIS.— **Prurit anal.** *Can. Med. Ass. Journ.*, 38 : 3 ; 265, 1938.

Le prurit anal est symptomatique, 10 pour cent, ou essentiel dans 90 pour cent des cas, d'après Danis. Le traitement de l'une ou l'autre de ces variétés n'aboutit pas toujours à une guérison définitive malgré les moyens ou agents thérapeutiques employés.

Danis explique en détail sa manière de procéder selon la méthode de Stone et Buie. Elle consiste, sous anesthésie rachidienne, en une injection sous-cutanée d'une solution d'alcool éthylique à 40% à l'aide d'une aiguille longue et flexible, aiguille Labatt de 4 pouces de long et de calibre 20 ou 22. Il injecte entre 20 et 40 c. c. sous la peau, à gauche et à droite de l'anus, en prenant comme point de départ la région coccygienne. Ce procédé a pour but la destruction permanente des fibres sensibles sous-cutanées de la région.

Les soins à donner à ces opérés sont d'une très grande importance et d'après Danis tout le succès de la méthode est là.

Sur un nombre de malades qui n'est pas indiqué Danis n'a connu qu'un échec ce qui a fait dire en discussion au Dr C.-K.-P. Henry que cette méthode

devait prendre place avec les meilleures et lui a fait faire en même temps cette remarque qu'au Montreal General Hospital, pendant 6 ans et sur 51,257 malades on n'eut à traiter que 17 cas de prurit anal, indiquant par là que cette ennuyeuse maladie est moins fréquente à Montréal qu'à Toronto.

E. GAUMOND.

J. SARROSTE et R. CARILLON. — **Exercices pratiques de médecine opératoire et chirurgie.** Vol. de 346 pages, avec 313 planches et figures. Préface du médecin général Paître. *Maloine, éditeurs*, Paris, 1938.

Le livre de Messieurs Sarroste et Carillon s'adresse surtout au chirurgien et suppose déjà acquises de la part du lecteur des connaissances assez étendues sur l'anatomie humaine. Cependant les nombreuses planches et figures qui accompagnent le texte faciliteront la lecture à tous ceux qui sont moins préparés par leurs études antérieures. Les dessins sont des schémas très simples. Le volume est divisé en cinq grand chapitres : 1. — Les ligatures artérielles ; 2 — les découvertes des nerfs ; 3 — opérations osseuses et articulaires ; 4 — opérations sur la tête et le cou ; 5 — chirurgie viscérale.

Les deux premiers chapitres couvrent près de cent pages et sont abondamment illustrés. Pour une artère donnée, il y a les indications de sa ligature d'abord. Suivent les données anatomiques précises des voies d'accès et la technique. L'on procède suivant le même plan pour les découvertes des nerfs.

Le troisième chapitre couvre cent quinze pages garnies d'excellents dessins. Tout chirurgien orthopédiste trouvera profit à les lire. En voici les divisions :

Amputations — Généralités — Résections — Amputation des doigts — Notions générales — Désarticulation de tout ou partie d'un doigt — Désarticulation des métacarpiens — Traitement des infections aiguës des doigts et de la main — Opérations sur l'articulation du poignet — Arthrotomie du poignet — Résection du poignet — Désarticulation du poignet — Amputation de l'avant-bras — Opération sur l'articulation du coude — Arthrotomie du coude — Résection du coude — Désarticulation du coude — Amputation

du bras — Opérations sur l'articulation de l'épaule — Voies d'accès à l'épaule — Résection de l'épaule — Butée coracoidienne pour luxation récidivante de l'épaule — Désarticulation de l'épaule — Opérations sur le pied — Notions générales — Désarticulation tarso-métatarsienne (Lisfranc) — Amputation trans-métatarsienne — Amputation des métatarsiennes isolées — Astragalectomie — Désarticulation inter-tibio-calcaneenne (Ricard) — Désarticulation médio-tarsienne (Chopart) — Désarticulation sous-astragaliennne — Désarticulation tibio-tarsienne (Syme) — Amputation de la jambe — Opérations sur le genou (voies d'accès) — Ponction du genou — Arthrotomie du genou — Résection du genou — Désarticulation du genou — Ménisectomie — Amputation de la cuisse — Opérations sur la hanche (Voies d'accès) — Résection de la hanche — Arthrodèse extra-articulaire — Désarticulation de la hanche.

Pour chacune de ces interventions les indications opératoires sont posées, l'anatomie régionale bien reposée, les voies d'accès et la technique discutées. Les deux autres chapitres sont écrits suivant la même ligne de conduite.

Les auteurs ont résumé dans ce volume les notions indispensables à celui qui veut faire de la chirurgie. Comme le dit Paître dans la préface, l'ouvrage ainsi conçu est à la fois un livre de médecine opératoire moderne adapté à l'actualité chirurgicale et une introduction à la technique opératoire.

Ce volume devrait trouver place dans la bibliothèque de tout chirurgien digne de ce nom.

Ls-Ph. Roy.

---

Melvin HENDERSON.— **Internal fixation for recent fractures of the neck of the femur.** (La fixation interne dans les fractures récentes du col du fémur.) *Annals of Surgery*, 107 : 132, 1938.

Selon l'auteur, à la clinique Mayo, le traitement opératoire des fractures du col du fémur n'amène pas une mortalité plus élevée que le traitement par manœuvres externes à condition de ne pas opérer avant 10 jours après l'accident. Durant ce temps, période critique pour l'accidenté, on exercera une traction pour soulager la douleur.

La méthode de Whitman donne à l'auteur 65% de bons résultats chez les moins de 60 ans et 54% au-dessus de 60 ans. L'opération ne donne pas



un pourcentage plus élevé de consolidation osseuse mais la convalescence est plus courte et plus agréable.

Fixer le col par un clou n'est pas une opération facile, même la réduction obtenue. En effet, le col a seulement un pouce de diamètre, il fait un angle de  $130^{\circ}$  avec le fémur et  $15^{\circ}$  d'antétorsion ; de plus il est assez profondément situé. Tout ceci rend la tâche assez difficile.

Il faut réduire d'abord et contrôler par deux radios : face et profil. Cette dernière est très importante. Ce premier temps exécuté, on peut employer la méthode de réduction ouverte ou la méthode de réduction fermée.

1.— Les parties molles sont incisées, les points de repère sont établis et on fixe le clou en place. Nouveau contrôle radiographique. A craindre ici le choc et l'infection. Cette première méthode a été remplacée par ce qu'on appelle à tort, la « méthode aveugle ».

2.— Grâce à un outillage très perfectionné, on arrive à mettre en place dans le col le fil de fer ou le clou troué. Voici la conduite d'Henderson ; le patient subit un examen général et on lui installe une extension. Car si l'on opère tout de suite, on aura environ 20% de mortalité, excepté si le blessé est jeune et robuste. Après dix jours ce taux descend à 3 ou 4%.

Le fixateur à employer varie avec le genre de fracture. L'auteur préfère 3 ou 4 broches à un clou dans les formes cervico-trochantériennes. Par une large incision allant de l'épine iliaque postéro-supérieure en suivant la crête, et qui descend au niveau du trochanter, on met à nu l'os. Se basant sur les radios, on introduit un fil de fer. Contrôle pour s'assurer de la bonne position et de la direction correcte du fil. Alors introduction du fil de 10 cm. environ. Alors contrôle nouveau. Si le fil est en bonne place, on glisse le clou troué en son centre sur la longueur. Encore une radio pour s'assurer que le clou a bien suivi le fil. Alors un spica plâtré pour trois semaines est ajouté à l'accidenté.

Henderson a aussi employé un autre clou qui s'adapte mieux avec les patients, maigres ou gras, mais sa mise en place est plus difficile et ce métal semble irriter l'os. Quatorze jours après l'intervention, le blessé commence à mouvoir son genou et sa hanche au moyen d'un système de poulies. La marche n'est permise qu'après trois mois, mais ce n'est que 6 mois après l'intervention que l'opéré se porte tout à fait sur son membre. Henderson

rapporte 14 cas opérés de 20 à 80 ans. 12 ont obtenu une consolidation osseuse et un résultat fonctionnel parfait.

LS-PH. ROY.

---

R.-W. TE LINDE.— **The treatment of gonococcic vaginitis with the estrogenic hormone.** (Le traitement de la vaginite gonococcique au moyen de l'hormone oestrogénique.) *J. A. M. A.*, 110 : 20 ; 1633, 1938.

Pour faire suite à des travaux antérieurs, l'auteur étudie le mode d'action de l'hormone œstrogénique, les effets de la médication sur l'organisme, et la persistance de la guérison plusieurs mois après traitement.

La méthode thérapeutique consiste à introduire tous les soirs pendant un mois un suppositoire vaginal de 1000 unités internationales de folliculine. Le mode d'action est double : 1) Le pH du milieu vaginal baisse jusqu'à 5.7 sous l'influence de ce traitement et cette acidité détruit le gonocoque, mais ce n'est pas le seul facteur de guérison car l'institution expérimentale d'une thérapeutique dont le seul but est d'acidifier le milieu vaginal ne donne pas d'aussi bons résultats. 2) La folliculine en application locale amène une transformation de l'épithélium vaginal qui prend le type adulte, c'est-à-dire, devient beaucoup plus épais, ce qui offre une barrière infranchissable au gonocoque. Sur 100 patients traités, il y a un pourcentage de guérison de 98%, qui se maintient jusqu'à 2 ans et demi après la fin du traitement.

Cette méthode n'offre aucun inconvénient car la folliculine n'agit que localement sans passer dans l'organisme ou à peu près pas.

L'infection gonococcique chez les petites filles est avant tout une infection des parois vaginales, sans extension du processus infectieux à l'urèthre, au canal cervical ou au rectum.

JEAN-PAUL DUGAL.